

PERFORMANS SISTEM KESIHATAN: SATU DIMENSI BARU DALAM MENGUKUR STATUS KESIHATAN NEGARA

Khalib Abdul Latip* & Nor Izzah*

ABSTRAK

Sistem Penilaian Performans Kesihatan Sejagat (SPPKS) yang diperkenalkan oleh WHO, 2000 telah meletakkan Malaysia di "ranking" yang ke 49 daripada 191 buah negara yang dinilai status performans kesihatannya. Kaedah penilaian ini menggunakan beberapa parameter utama antaranya termasuklah tahap dan taburan taraf kesihatan penduduk, tahap dan taburan respons sistem kesihatan terhadap kehendak pelanggan dan kesaksamaan pembiayaan kesihatan. Kriteria penentuan status performans bukan sahaja melihat kepada pencapaian matlamat kesihatan tetapi juga menilai secara komprehensif kepada kepelbagaian sumber yang sediada dalam sistem kesihatan tersebut. Komitmen pihak atasan yang bertanggungjawab ke atas performans sistem kesihatan tersebut juga dibincangkan. Corak jalinan kerjasama antara sistem kesihatan dengan sistem bukan kesihatan juga digunapakai sebagai petunjuk bagi menilai tahap performans sesebuah negara.

PENDAHULUAN

Penilaian prestasi atau performans sesebuah sistem penjagaan kesihatan merupakan satu tren terkini bagi memantau tahap kesihatan sesebuah negara. Kaedah yang menarik perhatian banyak pihak ini terutamanya pihak pengurusan telah berjaya mencetuskan minat untuk membuat analisa perbandingan tahap kesihatan antara negara. Di Malaysia misalnya, ramai pendukung-pendukung utama dalam kesihatan negara terkejut apabila Malaysia diletakkan pada kedudukan 49, dua anak tangga di belakang Thailand (47) oleh Pertubuhan Kesihatan Sedunia (WHO). Mengikut Sistem Penilaian Performans Kesihatan Sejagat (SPPKS) yang baru diperkenalkan ini, ia merupakan satu inovasi daripada pertubuhan antarabangsa itu bagi membuat perbandingan tahap performans kesihatan sesebuah negara. Sistem penilaian ini begitu unik kerana ia menekankan pelbagai persoalan yang umumnya berkisar kepada cara sistem kesihatan sesebuah negara itu dinilai dan skop yang dirangkumi dalam penilaian tersebut.

Sebelum kita melihat cara mana sistem kesihatan sesebuah negara dinilai, kita perlu tahu apakah yang dikatakan sebagai sistem kesihatan dan dimanakah sempadan sistem tersebut dalam sistem sosial secara keseluruhan. Sistem sosial merangkumi banyak aspek termasuklah pendidikan kesihatan, politik, budaya dan lain-lain. Oleh itu, apakah yang membezakan sistem-sistem ini?

Berpandukan jadual 1, setiap sistem mempunyai matlamatnya tersendiri sebagai matlamat utama. Inilah yang membezakan di antara semua sistem. Walaubagaimanapun, kenyataannya, semua sistem sangat memerlukan antara satu sama lain. Ini bermakna sistem-sistem lain di luar sistem kesihatan dipanggil sistem bukan kesihatan yang

juga menyumbang dan mempengaruhi pencapaian matlamat sistem kesihatan.

Adalah sukar untuk meletakkan sempadan atau memisahkan sistem antara satu sama lain. Oleh itu untuk melihat performans sistem kesihatan, matlamat utama sistem diambil sebagai salah satu skop penilaian. Dalam Laporan Kesihatan Sedunia 2000, sistem kesihatan di definisikan sebagai sebarang aktiviti atau proses yang mempunyai tujuan meningkatkan taraf kesihatan penduduk.

Selain daripada itu, semua sistem sosial mempunyai dua matlamat yang sama iaitu:

- i. memenuhi keperluan dan kehendak masyarakat (responsiveness) dan
- ii. pengagihan kewangan yang saksama.

MATLAMAT SISTEM KESIHATAN

Berpandukan jadual 1 di atas, matlamat sistem kesihatan dapat diringkaskan seperti berikut:

- a. untuk meningkatkan taraf kesihatan penduduk.
- b. Untuk memenuhi keperluan dan kehendak kesihatan penduduk
- c. Untuk mengagihkan sumber kewangan secara adil dan saksama.

PENILAIAN PERFORMANS SISTEM KESIHATAN

Umumnya penilaian sistem kesihatan berpandukan kepada pencapaian sasaran yang diperolehi. Dalam SPPKS yang diperkenalkan ini, penilaian bukan sahaja berdasarkan pencapaian sasaran (target or achievement) sistem kesihatan, tetapi juga mengambil kira aspek-aspek sumber dalam sistem itu sendiri. Malah SPPKS juga menggunakan petunjuk-petunjuk dari kepelbagaian sistem lain (bukan kesihatan) seperti kestabilan politik, sistem pendidikan, budaya dan sebagainya. Setelah mengambil kira semua aspek ini, tahap performans sesebuah sistem akan lebih tepat dan dapat dibuat perbandingan antara negara.

Jabatan Kesihatan Masyarakat, Fakulti Perubatan UKM

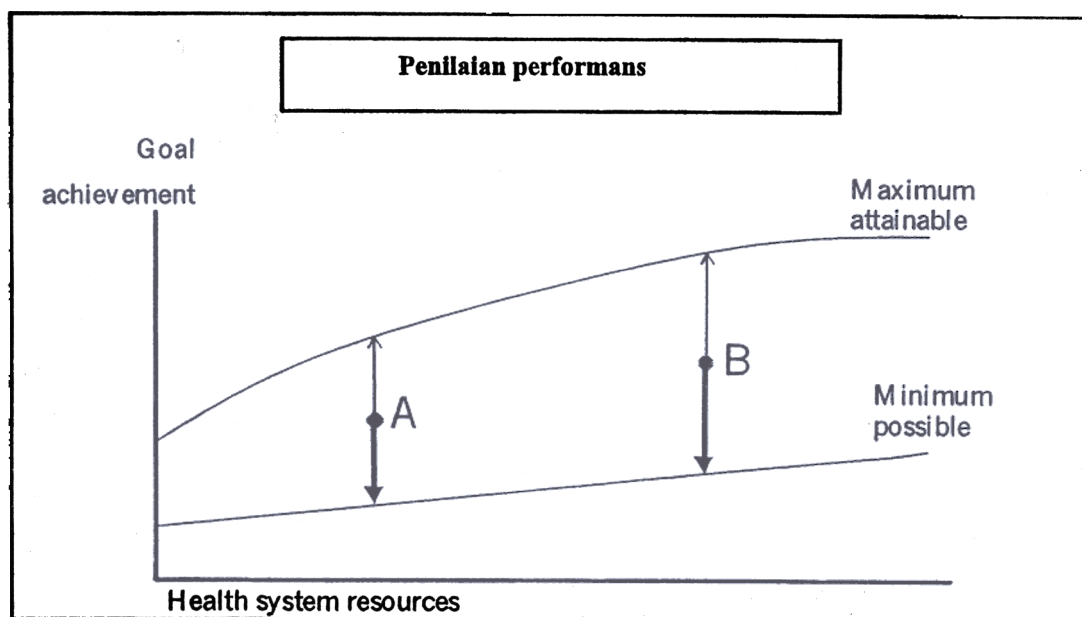
Dalam kata lain, penilaian performans melihat kepada efisiensi sistem kesihatan berpandukan analisa produktiviti pada setiap peringkat sumber-sumber yang berubah-ubah. Adakah performans terjejas jika sumber dikurangkan atau performans tetap tidak berubah (atau meningkat) walaupun sumber sentiasa berubah-ubah ?

Perbandingan performans di antara dua negara (misalnya negara A dan negara B) boleh dirujuk kepada rajah 1. Secara kasar kita boleh mengatakan performans negara A lebih rendah berbanding dengan negara B. Tetapi jika kita melihat performans negara dengan lebih terperinci, berdasarkan sumber misalnya, kita dapati Negara A jauh lebih "perform" berbanding dengan negara B.

Ini adalah disebabkan Negara A mempunyai sumber yang terhad berbanding B dan ia masih berupa berfungsi sepertimana negara B. Andainya sumbernya menyamai atau menandingi B, sudah tentu negara A menunjukkan performans yang jauh lebih baik dari negara B. Sebaliknya performans yang tinggi dinegara B masih tidak dikira baik jika sekiranya ia menggunakan sumber-sumber yang banyak, canggih lagi sofistikated. Sewajarnya dengan dengan sumber yang ada tersebut, pencapaiannya sepatutnya jauh lebih dari itu. Dengan itu barulah performans negara B boleh di banggakan. Jelaslah negara yang performans nya baik, pencapaian matlamat kesihatannya hendaklah sesuai dengan sumber yang minima dan terhad.

Jadual 1: Kedudukan sistem kesihatan dalam sistem sosial total dan matlamatnya

Matlamat sosial	Sistem sosial					
	Education	Health	Economic	Politic	Cultural	Others
Education	=====	=====	=====	=====	=====	=====
Health	=====	=====	=====	=====	=====	=====
Consumption	=====	=====	=====	=====	=====	=====
Democratic	=====	=====	=====	=====	=====	=====
Knowledge	=====	=====	=====	=====	=====	=====
Others	=====	=====	=====	=====	=====	=====
Responsiveness	=====	=====	=====	=====	=====	=====
Fair	=====	=====	=====	=====	=====	=====



Rajah 1: Penilaian performans berdasarkan status sumber yang berubah-ubah di dua negara

PARAMETER PENILAIAN PERFORMANS SISTEM KESIHATAN

Pada dasarnya terdapat lima parameter yang dinilai untuk melihat performans sistem kesihatan sesebuah negara iaitu:

- i. tahap kesihatan penduduk keseluruhan
- ii. taburan tahap kesihatan dalam populasi
- iii. tahap kehendak dan keperluan dipenuhi
- iv. taburan kehendak dan keperluan dipenuhi
- v. kesaksamaan pembiayaan kesihatan

Menilai parameter i

Dalam SPPKS, petunjuk yang digunakan adalah DALE (disability adjusted life expectancy). Ia membawa maksud sejauh mana penduduk boleh hidup sekiranya kehidupan mereka diteruskan dan bebas dari sebarang penyakit atau keadaan yang menjejaskan kebolehidupan mereka. Dengan kata lain, jangkahayat dalam keadaan sihat sepenuhnya setelah diambilkira data-data mortaliti, epidemiologi penyakit-penyakit utama dan survei kesihatan populasi.

Secara perbandingan mengikut wilayah WHO, wilayah Eropah menunjukkan tahap kehilangan tahun akibat ketidakupayaan (years lost due to disability - DLE) yang paling rendah mengatasi wilayah serantau WHO yang lain (termasuk Amerika). Manakala, wilayah Pasifik Barat (Western Pacific) dimana Malaysia menjadi ahlinya, walaupun tidak sebegitu baik dengan DLE yang hampir menyamai wilayah Amerika. Petunjuk ini juga dilihat konsisten walaupun dibuat perbezaan gender.

Malaysia dalam laporan tersebut telah diletakkan pada kedudukan ke 89 daripada 191 negara dengan nilai DALE pada umur 60 tahun ialah 9.7 (9.2-10.2) tahun untuk lelaki dan 9.7 (9.1-10.3) tahun untuk wanita.

Menilai parameter ii

Berbeza dengan penilaian tahap kesihatan, penilaian ini melihat kepada keadilan dan kesaksamaan sistem kesihatan disediakan kepada komuniti. Mengikut WHO, adalah lebih menarik jika dilihat kepada ketidaksaksamaan DALE di sesebuah negara (atau membuat perbezaan DALE antara negeri-negeri di Malaysia). Namun oleh kerana data yang tidak mencukupi, dalam Laporan ini, WHO hanya menggunakan kesaksamaan kebolehidupan kanak-kanak (equality of child survival) sebagai petunjuk kepada penilaian ini. Ia dilakukan dengan melihat kepada data utama sesuatu kawasan/census dan dikaitkan dengan kematian kanak-kanak.

Malaysia mengikut petunjuk ini, berada pada kedudukan ke 49 dengan indeks (equality of child survival index) ialah 0.901 (0.825-0.978).

Menilai parameter iii dan iv

“Tahap kehendak dan keperluan dipenuhi” yang dimaksudkan dalam parameter ini sebenarnya adalah sejauh mana sistem kesihatan dapat melaksanakan tugasannya atau respons (responsiveness) bagi memenuhi kehendak dan keperluan klien. Terdapat dua petunjuk respons yang digunakan bagi menilai kedua-dua parameter ini iaitu menghormati klien (Respect for Person) dan keduanya orientasi klien (client orientation).

Menghormati klien (respect for person)

Terdapat tiga petunjuk yang digunakan iaitu:

1. menghormati klien seadanya (respect for the dignity of the person)
 - sistem kesihatan itu tidak hanya menyediakan perkhidmatan kesihatan dengan memandang kedudukan dan kekayaan klien semata-mata.
 - Tidak melihat kepada penyakit yang diadu sahaja tetapi merawat klien secara holistik
 - Tidak memandang rendah kepada klien yang tidak berupaya
2. kerahsiaan terpelihara (confidentiality)
 - sistem kesihatan bertanggungjawab untuk memelihara kerahsiaan maklumat kesihatan klien
 - klien berhak untuk membuat keputusan supaya maklumat kesihatan tidak didedahkan kepada orang lain
3. hak untuk membuat keputusan
 - sistem kesihatan bertindak sebagai perantara/media informasi kesihatan dan klien berhak membuat keputusan rawatan yang akan diterima berpandukan alternatif yang diberikan
 - pendapat klien perlu diambilkira sebelum sebarang jenis rawatan diberikan.

Orientasi klien (client orientation)

Petunjuk yang dinilai dalam aspek orientasi klien termasuklah:

1. Perhatian Segera (Prompt Attention)
Ia berpusat kepada masa menunggu kes-kes kecemasan dan bukan kecemasan yang diterima oleh klien.
2. Penyediaan keperluan asas (amenities of adequate quality)
Seperti kebersihan, ruang yang selesa dan penyediaan makanan di hospital.
3. Kecapaian klien kepada perkhidmatan sosial (access to social support network)

Memerlukan rawatan berterusan selepas rawatan hospital.

4. Hak untuk memilih pengamal perubatan (choices of provider)
Klien berhak untuk memilih pengamal atau institusi perubatan untuk mendapatkan rawatan.

Strategi utama penilaian respons ialah dengan menemubual komuniti dan mendapatkan maklumat pengalaman isirumah semasa mendapatkan perkhidmatan kesihatan tersebut. Ia dibantu dengan pemerhatian oleh pemerhati WHO atau maklumat daripada pemerhati luar. Cabaran untuk setiap negara: adakah komuniti kurang upaya memberikan maklumbalas yang sama atau lebih baik daripada mereka yang berkemampuan? Walaubagaimanapun, WHO menyedari terdapat kelemahan dalam strategi penilaian tersebut dan berpendapat pada masa akan datang, ia akan dilakukan dengan kaedah pemerhatian di kemudahan-kemudahan kesihatan (facility-based observation).

Umumnya respons daripada isirumah didapati berbeza dari satu negara dengan negara lain. Dalam Laporan Kesihatan Sedunia 2000, WHO hanya melihat kepada ketidaksaksamaan (inequalities) dalam respons kesihatan. Dalam hal ini, mengikut tahap respons, Malaysia berada pada kedudukan ke 31 daripada 191 negara dengan skor 6.32 (6.21-6.42) manakala mengikut taburan respons pula, Malaysia diletakkan pada kedudukan 62.

Menilai parameter v

Parameter ini bukan sahaja mengukur kos yang dibelanjakan (kesaksamaan) tetapi juga bagaimana sistem kewangan berfungsi sebagai pembiayaan perlindungan risiko (financial risk protection). Untuk melihat kesaksamaan, dua isu penting yang perlu diambilkira iaitu:

- isirumah tidak sepatutnya menjadi mufli/miskin atau sumbangan mereka kepada skim pembiayaan kesihatan melampaui kemampuan mereka.
- Isirumah yang kurang berkemampuan seharusnya menyumbang lebih rendah daripada mereka yang berada.

Oleh itu sistem kesihatan perlu melihat dari segi kemampuan warga yang kurang upaya dengan warga yang berada dan berkemampuan. Secara amnya, dalam sistem sosial, perkongsian kewangan secara menyeluruh tidak membezakan antara yang miskin dengan kaya. Apa sahaja sumber yang diterima perlu digunakan samarata dan tidak berpandukan kepada risiko komuniti.

Dalam perspektif sistem kesihatan, petunjuk yang sering dipakai ialah menilai kesaksamaan

dalam pembiayaan kesihatan. Ia dilakukan dengan melihat sejauh mana komuniti/rakyat negara itu berkongsi hasil pendapatan mereka untuk membiayai kos perubatan/kesihatan mereka. Ini dilihat daripada mekanisma yang digunakan oleh sesuatu negara.

Untuk menilai kesaksamaan pembiayaan, ia tidak harus melihat kepada siapa yang lebih berisiko untuk berpenyakit dan yang lebih memerlukan perkhidmatan kesihatan tetapi dilihat kepada perkongsian sumbangan pendapatan isirumah kepada pembiayaan kesihatan komuniti secara amnya.

Cara menilai kesaksamaan dalam penilaian performans kesihatan adalah dengan membuat survei ke atas isirumah. Ia menganalisa amaun kos perubatan/kesihatan yang telah ditanggung oleh isirumah melalui semua mekanisma yang digunakan samada perbelanjaan sendiri (out-of-pocket), insurans persendirian (secara sukarela), insuran mandatori, insuran sosial ataupun cukai. Maklumat ini sebenarnya menjelaskan taburan pembiayaan kesihatan oleh isirumah yang menggambarkan taburan risiko pembiayaan kesihatan. Apabila maklumat dikumpulkan dalam suatu populasi, ia memberikan gambaran keseluruhan. Walau bagaimanapun, pembiayaan bukan satu faktor sahaja yang dilihat tetapi juga bagaimana pengagihan sumber-sumber yang lain. Untuk kesaksamaan pembiayaan kesihatan, Malaysia terletak pada kedudukan 122-123 dengan skor 0.917.

Jika melihat kepada kelima-lima parameter diatas, kita sebenarnya mengukur dua perkara penting iaitu kualiti (i dan iii) dan ekuiti (ii, iv dan v). Kedua-dua elemen ini mestilah berada dalam keadaan yang efisien, malah elemen yang dikumpulkan ini akan digunakan untuk melihat performans sistem kesihatan setiap negara dan seterusnya pengkelasan kedudukan (ranking) dilakukan berpandukan keputusan tersebut. Peratusan untuk setiap parameter ialah:

- Parameter 1 = 25%
- Parameter 2 = 25%
- Parameter 3 = 12.5%
- Parameter 4 = 12.5%
- Parameter 5 = 25%

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERFORMANS SISTEM KESIHATAN

Selepas penilaian dibuat, rumusan tidak boleh dibuat hanya dengan melihat performans sahaja. Namun faktor-faktor yang mempengaruhinya juga diambilkira. Faktor-faktor tersebut dilihat samada di dalam sistem kesihatan itu sendiri atau faktor-faktor persekitarannya. Di antara faktor-faktor yang dikenalpasti mempengaruhi performans sistem kesihatan ialah:

1. Kepemimpinan (Stewardship)

2. Sistem pembiayaan (Financing)
3. Perkhidmatan yang disediakan (Provision of Services)
4. Penjanaan pelbagai sumber (resource generation)

Kepimpinan

Ia meliputi peringkat-peringkat penting pengurusan iaitu perancangan, implementasi dan pemantauan. Ia melihat bagaimana kepemimpinan memainkan peranan untuk mengawasi semua sumber di dalam sistem kesihatan termasuklah "purchasers, providers and patients". Ia dibahagikan kepada 6 subfungsi:

- i. rekabentuk polisi sistem keseluruhan
- ii. penilaian performans
- iii. penentuan keutamaan
- iv. kerjasama antara agensi/sector
- v. perundangan
- vi. perlindungan pengguna

Penilaiannya lebih melihat kepada sejauh mana komitmen kepemimpinan terutama sekali di pihak atasan (termasuk eksekutif politik) memainkan peranan dan tanggungjawabnya untuk mencapai prestasi yang lebih baik. Ia sebenarnya mengukur pembentukan polisi kesihatan, peraturan-peraturan dalam sistem dan kebijaksanaan (intelligence) dalam menonjolkan performans dan perkongsian maklumat.

Sistem pembiayaan

Pembiayaan meliputi kutipan hasil, "fund pooling" dan perolehan.

- i. kutipan hasil (8 cara)
 - bayaran sendiri (out-of-pocket)
 - insuran persendirian (mengikut pendapatan)
 - insuran persendirian mengikut risiko
 - insuran wajib
 - cukai umum
 - cukai "earmarked"
 - kutipan derma dan sumbangan
 - sumbangan dari agensi melalui pemindahan simpanan akaun
- ii. "fund pooling"
 - kutipan hasil yang dikumpulkan untuk kegunaan bersama bagi tujuan pembiayaan kesihatan.
- iii. perolehan
 - proses di mana pengagihan kutipan hasil kepada pusat tanggungjawab dan institusi yang mengimplementasikan intervensi-intervensi program kesihatan.

Penyediaan perkhidmatan kesihatan

Ia merujuk kepada kombinasi beberapa input dalam proses-proses implementasi ke arah menyediakan perkhidmatan kesihatan. Dalam menganalisa penyediaan (provisión) kesihatan, ia perlu dilihat secara konvensional, secara individu atau kolektif.

Dalam penyediaan perkhidmatan kesihatan kepada individu, ia meliputi perkhidmatan yang digunakan secara individu samada pencegahan, diagnostik, terapeutik dan pemulihan. Manakala penyediaan perkhidmatan kesihatan secara kolektif iaitu kepada komuniti melibatkan promosi kesihatan komuniti dan kesihatan persekitaran seperti sanitasi asas (seperti bekalan air dan tandas sempurna).

Penilaiannya meliputi integrasi kedua-dua penyediaan (individu dan komuniti) berganding bahu dan saling membantu antara satu sama lain. Ia perlu dijalankan serentak untuk mencapai tahap kesihatan yang optima dan memuaskan.

Penjanaan sumber

Sistem Kesihatan tidak bertumpu kepada pembiayaan dan perkhidmatan semata-mata malah juga penjanaan sumber termasuk sumber manusia, fasiliti kesihatan, peralatan dan pengetahuan. Organisasi yang terlibat termasuklah universiti, institusi pendidikan dan latihan, institusi penyelidikan serta institusi sokongan seperti farmaseutikal.

Untuk menilai ke empat-empat faktor yang mempengaruhi performans sistem kesihatan, ia berbandukan kepada 3 strategi yang perlu ada dalam setiap komponen iaitu:

- i. rekabentuk strategi (strategic design)
- ii. pengaturcaraan struktur
- iii. pengurusan implementasi

Ia boleh dinilai secara vertikal atau horizontal termasuklah faktor-faktor luaran yang mempengaruhi performans sistem kesihatan termasuk politik, pendidikan, budaya dan sebagainya dalam sistem sosial dan sejauhmana sistem kesihatan dapat mempengaruhinya demi meningkatkan tahap kesihatan populasi.

PERBINCANGAN

Perkara yang menjadi isu pokok dalam menentukan performans sistem kesihatan ialah sejauh mana akauntabiliti sesebuah sistem kesihatan itu dapat dipertahankan. Namun hakikatnya tidak mudah. Terdapat sekurang-kurangnya dua pendapat bagi menjelaskan perkara ini;

- a. Pencapaian performans sistem kesihatan dipengaruhi oleh banyak faktor. Jika pencapaiannya dibawah jangkaan, ia tidak seharusnya dipersalahkan kepada sistem kesihatan sahaja, kerana terdapat banyak perkara yang di luar kawalannya (parameter-parameter bukan kesihatan) yang juga

bertanggungjawab menyumbang kepada pencapaian yang meleset.

- b. Performans sistem kesihatan mampu untuk memperbaiki pencapaiannya (malah lebih cemerlang) jika ia dapat mempengaruhi parameter lain (dalam sistem sosial lain) yang juga menjadi penentu kesihatan jika ia diberi ruang untuk mempengaruhi sistem tersebut.

Hujah-hujah yang boleh menerangkan kedua-dua perkara di atas ialah:

Berdasarkan status kesihatan penduduk (menerusi rumusan yang boleh dibuat dari peroses penilaian), ia sebenarnya menunjukkan sejauh mana sesuatu negara itu berusaha (efforts) untuk meningkatkan taraf kesihatan penduduknya, mengurangkan ketidaksaksamaan, meningkatkan "responsiveness" dan membentuk satu sistem pembiayaan kesihatan yang adil. Dimana ia lebih refleks kepada usaha sistem kesihatan tersebut melaksanakan tanggungjawab bagi membawa masyarakat mencapai tahap kesihatan yang diperlukan. Tinggi rendah pencapaian yang diperolehi adalah usaha sistem kesihatan itu sendiri dalam menjalankan peranan yang dipertanggungjawabkan kepadanya. Ia tidak sekali-kali mengaitkan faktor yang terdapat diluar.

- b. Status kesihatan juga memperlihatkan sejauh mana sesebuah negara itu melalui sistem kesihatannya mampu mengawal petunjuk bukan kesihatan (mobilisasi) sehingga dapat menghasilkan satu nilai performans sistem kesihatan yang mantap. Sudah tentu dalam hal ini, kebijaksanaan pihak sistem kesihatan dalam mewujudkan kerjasama intersektoral yang berkesan inilah yang sebenarnya memperjelaskan tahap dan status kesihatan yang dikecapi tersebut.

Jelaslah sesuatu perubahan yang perlu dalam suatu sistem sosial itu (masalah kesihatan) akan menghasilkan sesuatu yang bermanfaat jika sistem kesihatan boleh menarik perhatian sistem lain

mengenai masalah kesihatan dan menjadikannya sebagai agenda utama negara.

RUJUKAN:

- World Health Organization, 2000. Health System: Improving Performance. *World Health Report 2000*.
- Christopher, J.L.M. & Julio Frenk, 2000. A WHO Framework for Health System Performance Assessment. Evidence and Information for Policy WHO.
- Kenneth, C. Calman, 1997. Equity, poverty and Health for All. *BMJ* 314(7088): 1187.
- Margaret Whitehead, 1990. The concepts and principles of equity and health. Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Adam Wagstaff, 2000. Poverty, Equity and Health: Some Research Findings. Economics Research Group and Human Development Network.
- Daniel Lopez Acuna, Cesar Gattini, Matilde Pinto & Bernt Anderson. 2000. Access to and financing of health care: Ways to measure inequities and mechanisms to reduce them.
- Alistair Woodward, 2001. Why should physicians be concerned about health inequalities? *West J Med*, 175: 67.
- Ichiro Kawachi & Bruce P Kennedy, 1997. Socioeconomic determinants of health: Health and social cohesion: why care about income inequality?. *BMJ* 314(7086): 1037.
- Amanda Sacker, David Ferth, Ray Fitzpatrick, Kevin Lynch & Mel Bartley, 2000. Comparing health inequality in men and women: prospective study of mortality 1986-96.
- Alexandra Bambas & Juan Antonio Casas, 1998. Assessing Equity in Health: Conceptual Criteria. Division of Health and Human development, Pan America Health Organization.
- George A. O. Alleyne, 1999. Equity and Health. Presentations: XI World Congress of Psychiatry. 11 Ogos 1999.
- Kementerian Kesihatan Malaysia. 2000. Feedback from Ministry of Health Malaysia: World Health Report 2000. 8 Ogos 2000.